

(95% CI: 1,13 – 3,8; p <0,05), suy gan - rối loạn đông máu làm tăng 2,8 lần (95% CI: 1,15 – 6,7; p <0,001). Nhóm bệnh tim mạch và viêm tụy cấp không rõ mối liên quan với tỷ lệ tử vong [5]. Phân tích của Schrier Robert W chỉ ra tỷ lệ AKI cấp ở bệnh nhân nhiễm khuẩn tử vong lên tới 70% so với AKI cấp đơn thuần là 45%.

V. KẾT LUẬN

Phân độ RIFLE đơn giản, áp dụng tốt tại các đơn vị hồi sức để đánh giá mức độ, tiến triển của AKI

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abosaif N. Y., Tolba Y. A., et al. (2005)**, "The outcome of acute renal failure in the intensive care unit according to RIFLE: model application, sensitivity, and predictability", *Am J Kidney Dis*, 46(6), pp. 1038-48.
2. **Hoste E. A., Clermont G., et al. (2006)**, "RIFLE criteria for acute kidney injury are associated with hospital mortality in critically ill patients: a cohort analysis", *Crit Care*, 10(3), pp. 12.
3. **Metnitz P. G., Krenn C. G., et al. (2002)**, "Effect of acute renal failure requiring renal replacement therapy on outcome in critically ill patients", *Crit Care Med*, 30(9), pp. 2051-8.
4. **Bellomo R., Ronco C., et al. (2004)**, "Acute renal failure - definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group", *Crit Care*, 8(4), pp. R204-12.
5. **Đặng Thị Xuân, Hà Trần Hưng và cộng sự (2016)**, Nghiên cứu áp dụng phân độ RIFLE trong đánh giá mức độ, tiến triển và tiên lượng tổn thương thận cấp ở bệnh nhân hồi sức, Đại học Y HN.
6. **Lê Thị Diễm Tuyết (2010)**, Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị suy thận cấp trong hồi sức nội khoa, Đại học Y Hà Nội.
7. **Uchino S., Kellum J. A., et al. (2005)**, "Acute renal failure in critically ill patients: a multinational, multicenter study", *JAMA*, 294(7), pp. 813-8.
8. **Salgado G., Landa M., et al. (2014)**, "Acute renal failure according to the RIFLE and AKIN criteria: a multicenter study", *Med Intensiva*, 38(5), pp. 271-7.

ẢNH HƯỞNG CỦA VẬT LIỆU LÀM MÃO RĂNG LÊN CÁC CHỈ SỐ LÂM SÀNG NHA CHU Ở RĂNG CỐI LỚN HÀM TRÊN ĐÃ ĐIỀU TRỊ NỘI NHA

Nguyễn Công Kiều Trang*, Đoàn Minh Trí*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của các vật liệu chế tác mão khác nhau (toàn sứ và hợp kim sứ) lên tình trạng nướu tại vị trí cạnh mão. **Đối tượng và phương pháp:** 20 bệnh nhân có nhu cầu phục hồi răng cối lớn hàm trên sau khi điều trị nội nha tại khu điều trị 3, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh được lựa chọn để tham gia nghiên cứu. Các đối tượng được chia thành 2 nhóm: 10 bệnh nhân ở nhóm mão toàn sứ, 10 bệnh nhân ở nhóm mão sứ kim loại. Các thông số nha chu được ghi nhận ngay sau khi gắn mão, 45 ngày sau gắn mão và 90 ngày sau khi gắn mão. **Kết quả:** Các thông số lâm sàng nha chu tại các thời điểm sau khi gắn phục hình, 45 và 90 ngày không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm mão toàn sứ và mão sứ - kim loại. Phục hình mão răng có làm gia tăng nhẹ chỉ số mảng bám và chỉ số nướu ở cả hai nhóm nhưng không có sự khác biệt ý nghĩa (p > 0,05). **Kết luận:** Không có sự khác biệt về ảnh hưởng sứ và hợp kim lên chỉ số mô nướu quanh răng khi thực hiện phục hình mão răng.

Từ khóa: Mão toàn sứ, mão sứ kim loại, chỉ số lâm sàng nha chu.

*Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Kiều Trang

Email: drnguyentrang0308@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/8/2021

Ngày phản biện khoa học: 30/9/2021

Ngày duyệt bài: 11/10/2021

SUMMARY

THE EFFECT OF DENTAL MATERIALS INFLUENCE ON PERIODONTAL PARAMETERS OF THE UPPER MAXILLARY MOLAR HAD BEEN ENDODONTIC TREATMENT AND CROWN PROSTHESIS

Objective: To evaluate the effectiveness of types of dental materials (all-porcelain and porcelain -fused to metal crowns) using to make crowns influence on the gingival tissues around crowns. **Material and methods:** 20 patients with the upper maxillary molars had been root canal treatment at the Clinical Department 3, Faculty of Odonto Stomatology, University of Medicine and Pharmacy, Ho Chi Minh City, recruited in the study. The subjects were divided into 2 groups, included 10 -subject group was treated with all-porcelain crowns and 10 -remain group treated with porcelain-fused to metal crowns. Periodontal parameters were recorded immediately after crown cementations, 45 and 90 days subsequently. **Results:** The periodontal clinical parameters at the time of crown cementations, 45 and 90 days after fixed crowns showed no statistically significant differences between two groups using all-porcelain crown and porcelain – fused to metal crowns. Crown prostheses caused to lightly increasing the plaque index and gingival index in both groups but there were no statistically significant differences (p > 0.05). **Conclusion:** There were no significant differences in the effects of using all-porcelain or

porcelain -fused to metal crowns which influence on the gingival tissue parameters .

Keywords: All-porcelain crowns, porcelain -fused to metal crowns, clinicalperiodotal parameters

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi lựa chọn vật liệu nha khoa để chế tác răng sứ cho từng trường hợp lâm sàng, quyết định của nha sĩ có thể bị ảnh hưởng bởi tính chất vật lý của hợp kim, tính tương hợp sinh học và chi phí [1]. Các hợp kim đúc không chỉ khác nhau về thành phần mà một số trong chúng có chứa các nguyên tố có thể gây nhạy cảm chẳng hạn như niken, coban, crom...[2]. Một số hợp kim nha khoa có xu hướng gây ra viêm nướu và tác động xấu đến mô nha chu. Hệ thống sứ - kim loại là sự kết hợp cả hai tính chất thẩm mỹ của sứ và tính chất cơ học của kim loại. Vật liệu toàn sứ ra đời trong những thập niên gần đây, đáp ứng hoàn toàn về mặt thẩm mỹ nhưng vẫn còn tồn tại một số câu hỏi mở liên quan đến khả năng tương thích của chúng với mô nha chu trong môi trường miệng [3]. Trên thế giới chủ yếu là các nước phương Tây đã có các nghiên cứu về mối quan hệ giữa vật liệu chế tác và mô nha chu quanh răng, nhưng ở Việt Nam với đặc trưng khác biệt về văn hóa, chủng tộc, chế độ ăn vẫn còn thiếu các nghiên cứu làm rõ vấn đề này.

Đề tài được thực hiện nhằm đánh giá ảnh hưởng của vật liệu làm mão khác nhau lên tình trạng mô nướu lâm sàng ở răng cối lớn hàm trên sau điều trị nội nha ở các mốc thời gian: ngay sau khi gắn mão, 45 ngày sau gắn mão và 90 ngày sau khi gắn mão.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân đến khám trong khoảng thời gian từ tháng 08/2020 đến 05/2021 tại khu điều trị khoa Răng Hàm Mặt -Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh có nhu cầu phục hồi răng cối lớn hàm trên sau khi điều trị nội nha, thỏa mãn tiêu chí chọn mẫu đều được chọn vào mẫu nghiên cứu

Dựa vào công thức tính cỡ mẫu cho so sánh trung bình hai nhóm theo nghiên cứu của Karton và cộng sự 2018, nghiên cứu của Saravanakumar 2017:

$$N \geq \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2 / r)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Trong đó: $\alpha = 0.05$, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; $\beta = 0.2$, $Z_{1-\beta} = 0,84$; $\mu_1 = 2,5$; $\sigma_1 = 0,3657$; $\mu_2 = 2,95$; $\sigma_2 = 0,3268$; $r = 1$.

Như vậy cỡ mẫu tính được cho mỗi nhóm là 10 răng. Hiệu chỉnh mất mẫu: 10% → cỡ mẫu

cần cho mỗi nhóm là 11răng.Số mẫu cần cho nghiên cứu là 22, mỗi nhóm 11 răng. Nhóm chứng là răng nguyên vẹn bên đối diện – số răng là 22 răng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng

- **Vật liệu và phương tiện nghiên cứu:**

+ Hồ sơ nghiên cứu:

✓ Bệnh án

✓ Phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu

+ Bộ dụng cụ khám: gương, thám trầm, kẹp gắp, cây đo túi nha chu.

+ Phim X-quang quanh chóp của răng đã điều trị nội nha

+ Bộ mũi khoan sửa soạn cho mão toàn phần

+ Cao su đặc và lỏng lấy dấu, chỉ co nướu 3.0

+ Xi -măng gắn vĩnh viễn

+ Xi -măng gắn tạm

2.3. Tiến trình nghiên cứu

- **Quy trình điều trị.** Bệnh nhân được khám lâm sàng, khai thác bệnh sử và ghi nhận tình trạng nội nha. Một tuần trước khi sửa soạn mão toàn phần, các bệnh nhân được lấy cao răng và được hướng dẫn quy trình vệ sinh răng miệng đúng cách. Bệnh nhân được phân nhóm ngẫu nhiên vào một trong hai nhóm:

• Nhóm 1: Mão toàn sứ Zirconia

• Nhóm 2: Mão sứ- kim loại Crom -Coban

- Giai đoạn sửa soạn mão toàn phần. Một tuần sau khi khám đánh giá, lấy cao răng và hướng dẫn vệ sinh răng miệng, bệnh nhân được tiến hành sửa soạn mão toàn phần cho răng cối lớn. Lưu ý khi sửa soạn tránh làm tổn thương bờ viền nướu, gây chảy máu. Đường hoàn tất ngang nướu, dạng bờ cong được sửa soạn cho cùi răng.

- Giai đoạn lấy dấu. Việc lấy dấu được thực hiện cẩn thận, nhét chỉ co nướu 3.0 và sử dụng cao su lấy dấu polyvinyl siloxane với kỹ thuật lấy dấu một thì, giúp lấy dấu một cách chính xác các chi tiết của cùi răng.

- Giai đoạn gắn phục hình tạm. Phục hình tạm bằng nhựa tự cứng với cạnh mão tạm được mài cách đường hoàn tất 0,5mm được gắn bằng xi-măng tạm cho bệnh nhân trong thời gian chờ gắn mão chính thức.

- Giai đoạn gắn phục hình sau cùng: Phục hình được gắn sau khi lấy dấu 3 ngày bằng xi-măng gắn vĩnh viễn.

Quá trình thực hiện gắn phục hình được kiểm soát bởi giảng viên Bộ môn Phục hình và đảm bảo độ khít sát của mão răng cũng như lượng cement dư được lấy sạch hoàn toàn.

- **Quy trình nghiên cứu.** Thu thập chỉ số

nha chu lâm sàng

Các chỉ số lâm sàng nha chu: GI (chỉ số nướu), PII (chỉ số mảng bám), BOP (chỉ số chảy máu khi thăm dò), PPD (độ sâu túi) được thu thập.

Chỉ số nướu (GI): Đánh giá theo Silness và Loe (1964)

Dùng để đánh giá mức độ viêm nướu của răng, ghi nhận bằng thăm khám lâm sàng với cây đo túi UNC-15, đánh giá tại 4 vị trí của răng: xa-ngoài, giữa-ngoài, gần-ngoài, giữa-trong của răng làm mẫu.

- Chỉ số mảng bám (PII): Đánh giá theo Silness và Loe (1964)

Dùng để đánh giá mức độ của mảng bám trên mặt răng, ghi nhận bằng thăm khám lâm sàng với cây đo túi UNC-15, đánh giá tại 4 vị trí của răng: xa-ngoài, giữa-ngoài, gần-ngoài, giữa-trong của răng làm mẫu.

- Chỉ số chảy máu khi thăm dò (BOP):

Ghi nhận bằng cây đo túi UNC-15, xác định có hay không chảy máu khi thăm khám, đánh giá tại các vị trí gần-ngoài, xa-ngoài, giữa-ngoài, giữa-trong của răng làm mẫu.

- Độ sâu túi (PPD):

Ghi nhận bằng cây đo túi UNC-15, đánh giá tại 6 vị trí: ngoài-gần, ngoài-giữa, ngoài-xa, trong-gần, trong-giữa, trong-xa. Đơn vị đo milimet (mm). Bình thường chiều sâu khe

nướu ≤ 3mm, nếu xuất hiện bệnh lý độ sâu khe nướu > 3mm.

2.4. Phương pháp phân tích dữ liệu.

Nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS phiên bản 23.0. So sánh trung bình các nhóm độc lập sử dụng phân tích phương sai xác định có hay không có sự khác biệt giữa các nhóm nghiên cứu.

3.2. Sự thay đổi tình trạng lâm sàng ở nhóm mẫu toàn sứ sau khi gắn mẫu răng, 45 ngày (T₁) và 90 ngày (T₂)

Bảng 3.2. So sánh sự thay đổi chỉ số PII, GI, BOP, PD ở răng phục hồi mẫu toàn sứ qua các thời điểm sau khi gắn mẫu 45 ngày (T₁) và 90 ngày (T₂)

Đặc điểm	T ₀	T ₁	T ₂	P T ₀ /T ₁	P T ₁ /T ₂	P T ₂ /T ₃
PII						
TB (ĐLC)	0,40 ± 0,21	0,53 ± 0,28	0,58 ± 0,33	0,10	0,41	0,053
GI						
TB (ĐLC)	0,65 ± 0,34	0,63 ± 0,21	0,75 ± 0,29	0,71	0,10	0,21
BOP %						
TB (ĐLC)	0	0	0	1	1	1
PD (mm)						
TB (ĐLC)	1,18 ± 0,23	1,27 ± 0,22	1,37 ± 0,29	0,08	0,29	0,08

Phép kiểm thử hạng Wilcoxon

Từ bảng 3.2 cho thấy sự gia tăng chỉ số PII, GI, BOP và PD ở các thời điểm sau khi gắn mẫu 45 ngày (T₁) và 90 ngày (T₂) không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

3.3. Sự thay đổi tình trạng lâm sàng ở nhóm mẫu sứ - kim loại sau khi gắn mẫu răng 45 ngày (T₁) và 90 ngày (T₂)

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức về tôn trọng lợi ích, nguyện vọng và công bằng với mọi đối tượng tham gia nghiên cứu. Các thông tin cá nhân, thông tin lâm sàng được giữ kín tuyệt đối, chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 20 bệnh nhân (10 bệnh nhân ở nhóm mẫu toàn sứ, 10 bệnh nhân ở nhóm mẫu sứ kim loại) tham gia và hoàn tất quy trình nghiên cứu.

3.1. Chỉ số lâm sàng của điều trị mẫu răng ở hai nhóm toàn sứ và nhóm sứ - kim loại

Bảng 3.1: So sánh các chỉ số PII, GI, BOP, PD tại vị trí răng phục hình giữa hai nhóm toàn sứ và sứ - kim loại ngay sau khi gắn mẫu răng (T₀)

Đặc điểm	Nhóm toàn sứ	Nhóm sứ - kim loại	P
PII			
TB (ĐLC)	0,40±0,21	0,45 ± 0,2	0,59(*)
GI			
TB (ĐLC)	0,65±0,34	0,63±0,27	0,86(*)
BOP %			
TB (ĐLC)	0	0	1(*)
PD (mm)			
TB (ĐLC)	1,18 ± 0,23	1,21 ± 0,30	0,95(*)

TB (ĐLC): trung bình (độ lệch chuẩn)

(*) Phép kiểm t độc lập

Từ bảng 3.1 cho thấy tình trạng nha chu lâm sàng (chỉ số mảng bám, viêm nướu, chảy máu khi thăm khám, độ sâu túi) ở hai nhóm tại vị trí răng phục hình là tương đương nhau tại thời điểm T₀ – ngay sau khi gắn mẫu răng.

Bảng 3.3. So sánh sự thay đổi chỉ số PII, GI, BOP, PD ở răng phục mảo sứ - kim loại qua các thời điểm sau khi gắn mảo 45 ngày (T₁) và 90 ngày (T₂)

Đặc điểm	T ₀	T ₁	T ₂	P T ₀ /T ₁	P T ₁ /T ₂	P T ₀ /T ₂
PII						
TB (ĐLC)	0,45 ± 0,20	0,53 ± 0,18	0,60 ± 0,32	0,08	0,26	0,06
GI						
TB (ĐLC)	0,63 ± 0,27	0,68 ± 0,21	0,73 ± 0,30	0,53	0,41	0,21
BOP %						
TB (ĐLC)	0	0	0	1	1	1
PD (mm)						
TB (ĐLC)	1,21 ± 0,30	1,31 ± 0,25	1,36 ± 0,20	0,20	0,34	0,16

Phép kiểm thử hạng Wilcoxon

Chỉ số PII và GI của nhóm phục hồi răng sứ - kim loại tăng dần qua các thời điểm T₁ và T₂. Nhưng sự khác biệt giữa các thời điểm này không có ý nghĩa thống kê. Chỉ số BOP và PD của nhóm sứ - kim loại là như nhau ở các thời điểm, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.4. So sánh sự thay đổi chỉ số lâm sàng giữa hai nhóm tại các thời điểm T₀, T₁, T₂

Bảng 3.4. So sánh các chỉ số nha chu lâm sàng PII, GI, BOP, PD giữa hai nhóm mảo răng ở từng thời điểm T₀, T₁, T₂

Đặc điểm	Nhóm mảo toàn sứ	Nhóm mảo sứ kim loại	p
PII			
T ₀	0,40 ± 0,21	0,45 ± 0,20	0,49
T ₁	0,53 ± 0,28	0,53 ± 0,18	0,48
T ₂	0,58 ± 0,33	0,60 ± 0,32	0,90
GI			
T ₀	0,65 ± 0,34	0,63 ± 0,27	0,97
T ₁	0,63 ± 0,21	0,68 ± 0,21	0,68
T ₂	0,75 ± 0,29	0,73 ± 0,3	0,81
BOP %			
T ₀	0	0	1
T ₁	0	0	1
T ₂	0	0	1
PD (mm)			
T ₀	1,18 ± 0,23	1,21 ± 0,30	0,94
T ₁	1,27 ± 0,22	1,31 ± 0,25	0,73
T ₂	1,37 ± 0,29	1,36 ± 0,20	0,72

Phép kiểm Mann-Whitney

Từ bảng trên cho thấy không có sự khác biệt giữa nhóm mảo toàn sứ và mảo sứ - kim loại về các chỉ số nha chu lâm sàng PII, GI, BOP, PD ở các thời điểm T₀, T₁, T₂ ở vị trí răng phục hình.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Sự thay đổi tình trạng lâm sàng sau khi phục hình mảo răng trong cùng một nhóm So sánh mảo toàn sứ ở các thời điểm khác nhau. Tại các thời điểm nghiên cứu, chỉ số mảng bám ở các răng thực hiện phục hình toàn

sứ không có sự khác biệt. Chỉ số GI của nhóm mảo toàn sứ giảm nhẹ ở thời điểm T₀, T₁, sau đó tăng ở thời điểm T₂ nhưng sự khác biệt giữa các thời điểm trong cùng nhóm phục hình toàn sứ là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Do thời gian nghiên cứu chưa đủ lâu dài nên cần theo dõi thêm để đánh giá chính xác hơn sự thay đổi của các chỉ số nha chu lâm sàng. Ngoài ra không ghi nhận được bất kì vị trí chảy máu nướu nào khi thăm khám ở các thời điểm lấy mẫu cho thấy nếu quá trình mài cùi răng, lấy dấu và gắn phục hình sau cùng nếu thực hiện đúng theo quy trình sẽ không gây tổn thương hoặc bệnh lý mô nướu trên lâm sàng.

Chỉ số PD tăng theo từng thời điểm: ngay khi gắn mảo và sau 90 ngày gắn, tuy nhiên sự gia tăng này không có ý nghĩa thống kê. Do thời gian nghiên cứu được tái đánh giá sau 3 tháng có thể chưa đủ để có sự thay đổi giá trị độ sâu túi.

Sự thay đổi tình trạng lâm sàng của nhóm mảo sứ - kim loại qua các thời điểm.

Chỉ số PII, GI và PD của nhóm mảo sứ - kim loại có tăng theo thời gian thời điểm ban đầu ngay sau khi gắn mảo (T₀), sau 45 ngày (T₁) và 90 ngày gắn mảo (T₂) tuy nhiên sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê. Tại các thời điểm nghiên cứu, chỉ số mảng bám ở các răng thực hiện phục hình toàn sứ không có sự khác biệt. Trong nghiên cứu không ghi nhận được bất kì vị trí chảy máu nướu nào khi thăm khám ở các thời điểm lấy mẫu. Điều này cũng cho thấy vật liệu sứ kim loại cũng không gây ảnh hưởng lên tình trạng mô nướu sau khi gắn mảo răng.

Từ kết quả bảng 3.9 cho thấy chỉ số PII, GI, BOP, PD tại các thời điểm sau khi gắn phục hình không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm mảo toàn sứ và mảo sứ - kim loại. Như vậy mảo toàn sứ và mảo sứ - kim loại đều có thể sử dụng trong phục hình mảo răng và không gây ảnh hưởng lên sự lành mạnh của mô nướu quanh mảo răng.

4.2. So sánh với các tác giả khác về ảnh hưởng của vật liệu nha khoa lên chỉ số lâm sàng mô nướu quanh mào răng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nayer và cộng sự [4] khi so sánh giữa nhóm mào toàn sứ và nhóm sứ - kim loại được thực hiện từ 6 tháng đến 2 năm, cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa về các chỉ số mảng bám, chảy máu khi thăm khám và độ sâu túi. Nghiên cứu của Reitemeier [5] cũng cho thấy loại hợp kim và vật liệu chế tác mào không ảnh hưởng đến mức độ tích tụ mảng bám và sức khỏe của mô nha chu khi so sánh giữa các nhóm sau 1 năm gắn phục hình. Christensen [6], Jameel và cộng sự [7] khi so sánh mào toàn sứ zirconia với mào sứ - kim loại cũng cho kết luận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về ảnh hưởng lên mô nha chu của hai nhóm vật liệu. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương đồng với Al-Wahadni và cộng sự [8]; trong khi đó Gemalmaz và Ergin nhận thấy phục hình bằng mào sứ ít tích tụ mảng bám hơn so với mào sứ - kim loại do đó cũng cần có thêm những nghiên cứu thời gian dài hơn để làm rõ về mối liên quan này. Nghiên cứu này và các tác giả [7,8] cho thấy thói quen vệ sinh và mức độ quan tâm đến phục hình mào răng trong miệng của bệnh nhân có ảnh hưởng đến tình trạng mô nướu quanh phục hình. Việc hướng dẫn vệ sinh răng miệng cần được lặp lại liên tục trong mỗi lần điều trị và tái khám để đảm bảo thành công của phục hình mào sứ và sứ kim loại ở các bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên cho thấy không có sự khác biệt về ảnh hưởng sứ và hợp kim lên chỉ số mô nướu quanh răng khi thực hiện phục hình mào răng. Hướng dẫn vệ sinh răng miệng cần được lặp lại liên tục trong mỗi lần điều trị và tái khám để đảm bảo thành công lâu dài phục hình mào sứ và sứ kim loại thực hiện trên bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nelson, S.K., J.C. Wataha, and P.E. Lockwood, "Accelerated toxicity testing of casting alloys and reduction of intraoral release of elements". The Journal of prosthetic dentistry, 1999. 81(6): p. 715-720.
2. Pierce, L.H. and R. Goodkind, "A status report of possible risks of base metal alloys and their components". 1989. 62(2): p. 234-238.
3. Gristina, A.G., "Biomaterial-centered infection: microbial adhesion versus tissue integration". Journal Science, 1987. 237(4822): p. 1588-1595.
4. Nayer, A., et al., "An update on the effect of crown margin locations and materials on periodontal health". Dental journal, 2012. 58(3639): p. 3644.
5. Reitemeier, B., et al., "Effect of posterior crown margin placement on gingival health". The Journal of prosthetic dentistry, 2002. 87(2): p. 167-172.
6. Christensen, G., "Porcelain-fused-to-metal versus zirconia-based ceramic restorations". The Journal of the American Dental Association, 2009. 140(8): p. 1036-1039.
7. Jameel, A., A. Hasan, and S. Rashid, "An evaluation of association between crown margins & materials with the periodontal health". JPDA, 2011. 20(03).
8. Al-Wahadni, A., Y. Mansour, and Y. Khader, "Periodontal response to all-ceramic crowns in general practice". International journal of dental hygiene, 2006. 4(1): p. 41-46.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI THẦN KINH TRỤ DO VẾT THƯƠNG CỔ TAY

Nguyễn Hữu Trọng*, Phạm Thị Việt Dung*, Tạ Thị Hồng Thúy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị nội thần kinh trụ do vết thương cổ tay. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả loạt ca trên 24 bệnh nhân có vết thương cổ tay với tổn thương thần kinh trụ được phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật tạo hình-Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn. **Kết quả:** 21 nam và 3 nữ, tuổi trung bình 41.67 tuổi (từ 18-82 tuổi). Cơ chế tổn thương thường gặp nhất là kính cắt 16/24 bệnh nhân (66.67%), do dao 6/24 bệnh nhân (25%), cơ chế khác 2/24 bệnh nhân (8.33%). Cấu trúc giải phẫu

tổn thương phối hợp cùng thần kinh trụ hay gặp nhất là gân gấp cổ tay trụ gấp 24/24 bệnh nhân (100%). Tổn thương phối hợp cơ gấp cổ tay trụ, thần kinh trụ, động mạch trụ (bộ ba trụ) gặp ở 18/24 bệnh nhân (75%), tổn thương thần kinh giữa phối hợp gặp ở 12/24 bệnh nhân (50%). 100% bệnh nhân được khâu nội thần kinh trụ thì đầu theo kĩ thuật khâu bao nhóm bó. Tất cả được theo dõi đánh giá phục hồi chức năng thần kinh sau 6 tháng trở lên (trung bình 16 tháng). Kết quả phục hồi vận động tốt đạt 14/24 (58.33%), kết quả phục hồi cảm giác tốt đạt 16/24 (66.67%). **Kết luận:** Tổn thương thần kinh trụ do vết thương cổ tay chủ yếu gây ra bởi vật sắc nhọn, vết thương tuy không dập nát hay khuyết phần mềm nhưng tổn thương phức tạp, nhiều cấu trúc giải phẫu kèm theo. Kĩ thuật khâu nội thần kinh trụ bao nhóm bó vẫn là phương pháp mang lại hiệu quả nhất. **Từ khóa:** Tổn thương thần kinh trụ, vết thương cổ tay.

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Trọng
Email: nguyenuutronghmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 22/8/2021
Ngày phản biện khoa học: 20/9/2021
Ngày duyệt bài: 2/10/2021